

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

N°

189

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Pierre LABOURDETTE

Ancien interne des Hôpitaux

GROS PLACENTAS
ET SYPHILIS

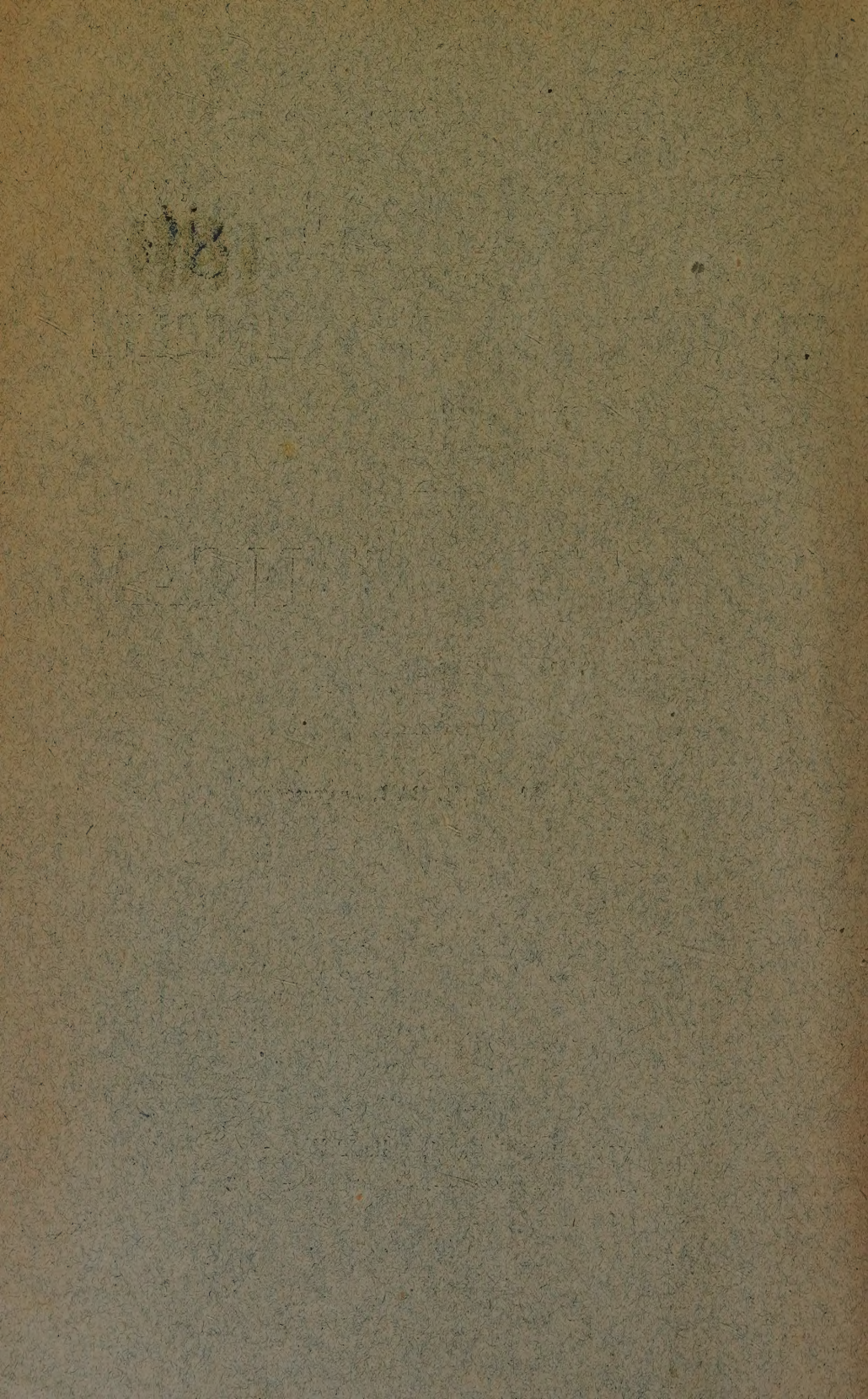
Président : M. PAUL BAR, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE. 23

1913



189

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913

N°

— THÈSE —
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Pierre LABOURDETTE

Ancien interne des Hôpitaux

GROS PLACENTAS
ET SYPHILIS



Président : M. PAUL BAR, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE 23

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	LEJARS.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE.
Clinique médicale	ROGER.
Maladies des enfants.	DEBOVE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	LANDOUZY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GILBERT.
Clinique des maladies du système nerveux.	CHAUFFARD.
Clinique chirurgicale.	HUTINEL.
Clinique ophtalmologique	GILBERT BALLET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAUCHER.
Clinique d'accouchements.	DEJERINE.
Clinique gynécologique.	PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale infantile	QUENU.
Clinique thérapeutique	RECLUS.
	N....
	DE LAPERSONNE.
	LEGUEU.
	BAR.
	PINARD.
	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
	POZZI.
	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GREGOIRE	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BROCA (ANDRÉ)	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBE (MARCEL)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVAS	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	TINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur BAR

Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

M. le Professeur ACHARD, médecin de l'hôpital Necker

M. le Professeur POZZI, chirurgien de l'hôpital Broca

M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE,
chirurgien de l'hôpital de la Charité

M. le Professeur agrégé E. SCHWARTZ,
chirurgien de l'hôpital Cochin

M. le Docteur Paul RICHE, chirurgien de l'hôpital Tenon

M. le Docteur GUINON, médecin de l'hôpital Bretonneau

M. le Docteur PAPILLON, médecin de l'hôpital Andral

M. le Docteur MILIAN, médecin de l'hôpital Debrousse

M. le Docteur JOSUÉ, médecin de l'hôpital de la Pitié

M. le Docteur GARNIER, médecin de la Maternité

M. le Docteur TOUPET, médecin de la Charité

(in memoriam)

Internat

M. le Docteur TISSIER, accoucheur de
l'hôpital de la Charité

M. le Docteur DEMOULIN, chirurgien de
l'hôpital Boucicaut

M. le Professeur agrégé GOSSET, chirurgien de
la Salpêtrière

M. le Docteur BELIN, médecin de l'hôpital de la Charité

M. le Docteur CONBY, médecin de
l'hôpital des Enfants Malades

M. le Docteur de BEURMANN, médecin de
l'hôpital Saint-Louis

MM. les Docteurs : SERGENT, médecin de la Charité,
Georges LABEY, chirurgien des hôpitaux, Louis RA-
MOND, Albert CAUCHOIX, LEREBoullet, HU-
GUIER, FROIN, COURCOUX, GIRAULD.

GROS PLACENTAS

ET SYPHILIS

Il est actuellement de notion courante, que nombre d'enfants, sûrement syphilitiques, naissent en état de santé apparente parfaite.

Rien ne permet, au premier abord, de soupçonner la grave infection dont ils sont atteints. L'interrogatoire et l'examen le plus minutieux de la mère, la recherche patiente de tout stigmate hérédosyphilitique chez l'enfant, sont parfois absolument négatifs.

On confie sans inquiétude le nouveau-né à une nourrice, et au bout d'un laps de temps plus ou moins rapproché, variant en général de un mois à huit mois, des accidents syphilitiques apparaissent chez l'enfant, et la nourrice est contaminée. Il est aisé de concevoir à quel point est utile le diagnostic très précoce de la syphilis chez le nouveau-né ; et cela, à un double point de vue : d'abord dans l'intérêt même de l'enfant qu'il importe absolument de soigner sans retard, sous peine de le laisser exposé aux pires accidents, à la mort même ; mais aussi dans l'intérêt de la nourrice. Les cas ne sont pas rares, en effet, de nourrices donnant la syphilis à toute

leur famille, après avoir été elles-mêmes infectées par leur nourrisson.

Dans le but de pallier à ce double danger, les auteurs se sont attachés, depuis longtemps, à trouver un symptôme qui leur permette, de façon absolument certaine, d'affirmer la syphilis chez un nouveau-né, sain en apparence.

C'est ainsi que les symptômes suivants, chacun d'eux ayant d'ailleurs une valeur propre indéniable, ont été successivement indiqués comme preuve patente de l'hé-rédosyphilis :

- a) Aspect de petit vieux de l'enfant ;
- b) Poids faible de l'enfant ;
- c) Importance de la courbe de poids dans les jours qui suivent la naissance.

d) Rapport élevé du poids du placenta eu égard au poids du fœtus.

Nous ne nous occuperons dans ce travail que de ce dernier symptôme.

La question, à vrai dire, a déjà été traitée par de nombreux auteurs. Plusieurs thèses inspirées par M. le Professeur Pinard sont venues proclamer la valeur indéniable que présente, pour cet auteur, le gros volume du placenta dans le diagnostic précoce de la syphilis.

La loi du gros placenta eut une heureuse fortune par suite de sa simplicité même, et à l'heure actuelle tous ou presque tous les accoucheurs lui accordent une grosse importance. Cependant en 1904, s'élevait une voix discordante. Petit de Lyon, suivant d'ailleurs l'exemple de l'école de Vienne, se refusait à admettre la valeur

de ce signe. Se basant sur un ensemble d'observations assez nombreuses, il trouvait presque toujours en défaut la loi des gros placentas.

Néanmoins, malgré la valeur indubitable des arguments qu'il apportait, ses idées ne sont guère acceptées aujourd'hui que par l'école lyonnaise ; et depuis la publication de sa thèse, des voix nombreuses ont encore proclamé leur foi en la valeur séméiologique des gros placentas.

Il nous a paru intéressant de rechercher, à l'aide de documents nouveaux et assez nombreux, quelles conclusions il nous serait possible de tirer de leur étude. Nous ne voulons nullement faire preuve de parti pris, soit dans un sens, soit dans l'autre. Nous voulons seulement chercher à nous éclairer.

Si l'on possède, vraiment, un signe de valeur absolue au point de vue hérédosyphilis, dans une discordance marquée existant entre le poids du fœtus et celui de son placenta, il ne sera pas inutile, croyons-nous, d'apporter notre modeste appui à ceux qui soutiennent cette loi. Mais si, par contre, nous constatons qu'une confiance exagérée pourrait nous exposer à de graves mécomptes, il nous semble nécessaire d'indiquer quelles atténuations il est possible d'apporter à la loi rigoureuse du rapport placentaire.

Nos recherches portent sur un total de 230 observations. Nous avons éliminé, de parti pris, les fausses-couches et les macérés. En effet, le rapport du poids entre les fœtus abortifs et leurs annexes est moins nettement

établi que pour les enfants à terme. D'autre part, les produits d'avortement et les macérés, comportent par eux-mêmes, à tort ou à raison, une présomption en faveur de la syphilis:

Après avoir rapidement rappelé les caractères macroscopiques qu'on attribue généralement aux placentas syphilitiques, nous indiquerons les travaux successivement publiés en faveur de la loi des gros placentas ou contre elle. Nous nous réservons d'ailleurs de discuter la valeur des arguments apportés par chacun des auteurs, soit dans un sens, soit dans l'autre.

Quant à nos observations, nous en ferons deux groupes nettement distincts.

Dans le premier, nous ne nous occuperons que de femmes syphilitiques avérées, et par l'étude des poids de leurs enfants comparés aux poids de leurs placentas, nous vérifierons les données de la théorie classique.

Dans le deuxième nous rangerons des femmes saines en apparence, accouchant d'enfants paraissant sains, mais avec de gros placentas. Chez toutes les femmes appartenant à ce groupe, l'examen clinique approfondi, l'interrogatoire minutieux ont été mis en parallèle avec les résultats que donnait chez elles la réaction de Wassermann.

M. le Professeur Bar nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Avec une grande bienveillance il nous a ouvert les portes de la Clinique Tarnier et nous a permis d'y recueillir un grand nombre d'observations. Nous lui adressons ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

M. le D^r Tissier qui a été notre maître pendant dix-huit mois nous a donné l'idée de ce travail. Il nous a constamment aidé et guidé dans nos recherches. Nous ne perdrons jamais le souvenir de l'intérêt affectueux qu'il nous a toujours témoigné. Qu'il nous permette de lui exprimer avec toute notre gratitude, l'assurance de notre respectueuse affection.

Notre ami, M. le D^r Girauld, a droit à tous nos remerciements. Toutes les réactions de Wassermann dont nous indiquons le résultat, c'est lui qui les a faites. Nous nous plaçons à reconnaître publiquement la grande part qui lui revient dans ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Caractères macroscopiques du placenta syphilitique

Indépendamment de son volume et de son poids, caractères sur lesquels nous aurons à nous étendre longuement, le placenta syphilitique présente certaines particularités qu'il est vraiment difficile de qualifier de pathognomoniques. Certains faits, cependant ont attiré l'attention des auteurs.

D'une façon générale, le placenta syphilitique est très mou, et sa mollesse est de tel ordre qu'en enfonçant les doigts dans son tissu on y produit des trous très prononcés.

Il est très friable, car un effort insignifiant suffit pour le réduire en petits fragments. Cette friabilité se rencontrant d'ailleurs surtout chez les gros placentas œdémateux appartenant à des fœtus morts et macérés. Lorsque au contraire, le placenta syphilitique est peu œdémateux, son tissu serait plutôt dense, ferme, plus dur que normalement. Dans d'autres cas très fréquents, la consistance est absolument normale.

D'après Fränkel, le placenta altéré par la syphilis, présente sur une coupe, une section plus homogène que le placenta sain. Au point de vue de sa coloration, le placenta syphilitique est dans la majorité des cas, pâle, blanc-jaunâtre. Au dire de Fränkel cette coloration rappelle celle de la matière cérébrale. Il présente, en effet, un aspect anémié, œdémateux, très appréciable sur les coupes, marqué surtout lorsque le fœtus est mort et macéré.

A côté de ces parties anémiées, on rencontre souvent sur les coupes des foyers hémorragiques, de nombre, de volume et de date variables.

La face utérine du placenta syphilitique ne présente à l'œil nu aucune altération caractéristique.

Quand l'œdème du placenta est très prononcé, la surface utérine est cependant divisée en un nombre variable mais relativement petit de très gros cotylédons séparés par des sillons profonds.

Dans d'autres cas, la division en cotylédons de cette face utérine est peu nette, elle est comme effacée. Cette particularité tient à un aspect trouble et à l'épaississement de la caduque sérotine.

Souvent, en effet, cette portion de la caduque qui est entraînée avec le placenta et qui constitue la lame basale de Winckler, est atteinte de dégénérescence graisseuse ou fibrineuse.

Souvent aussi, on trouve dans son épaisseur, des noyaux plus ou moins volumineux, jaunâtres, limités à la caduque ou pénétrant en coin plus ou moins profondément dans le placenta. Mais ce ne sont là que des

lésions banales, indépendantes de la syphilis, ce sont de simples noyaux fibro-graisseux.

De même, les plaques calcaires que certains auteurs ont voulu rattacher à la syphilis ne sont nullement pathognomoniques et ne se rencontrent pas plus souvent sur le placenta syphilitique que sur tout autre placenta.

Virchow le premier, et après lui Slavjowski et Kleinwachter, Fränkel, Ziller, ont décrit sur la face utérine du placenta syphilitique, des lésions qu'il considéraient comme véritablement spécifiques.

Ces auteurs décrivent une endométrite placentaire gommeuse, caractérisée par de véritables gommages macroscopiques siégeant dans le placenta maternel et pénétrant plus ou moins profondément dans le placenta fœtal.

Müller et Schwab qui ont repris la question après eux, décrivent les lésions gommeuses comme étant tout simplement des infarctus blancs.

Quant à la face fœtale du placenta, elle ne présente en général rien de vraiment particulier à la syphilis. En tout cas aucune lésion macroscopique n'est appréciable. Une altération fréquente mais absolument indépendante de la syphilis consiste dans la présence sous le chorion placentaire d'infarctus blancs de nombre et de volume variables.

En somme, au point de vue macroscopique, aucune des lésions que nous avons indiquées, n'est assez constante pour permettre de la rattacher à la syphilis. Certaines d'entre elles sont même absolument banales.

Mais il est un double caractère du placenta syphili-

tique sur lequel la grande majorité des auteurs, depuis Frænkel qui le premier attira l'attention sur ce point en 1873, semble se rallier. Nous voulons parler de l'hypertrophie et de l'augmentation de poids de ces placentas.

Tout placenta hypertrophié et lourd est-il syphilitique ? Tel est le problème que nous allons nous efforcer de résoudre dans la suite de ce travail.

CHAPITRE DEUXIÈME

Exposé des différentes théories sur le rapport du poids du placenta au poids du fœtus dans la syphilis.

Il résulte des statistiques publiées par Millet, Bustamente, Zentler, que dans les grossesses normales sans complications pathologiques, il existe un rapport constant entre le poids du fœtus à terme et le poids de son placenta. Il est incontestable que les placentas volumineux se voient le plus souvent lorsque les fœtus sont gros, ce fait ressort de l'observation générale, et il est exceptionnel sinon impossible de rencontrer un fœtus gros et bien portant avec un placenta petit et mal développé.

On admet généralement, et tous les classiques donnent ce chiffre, que, normalement, le poids du placenta représente le sixième du poids du fœtus (1).

1. D'après Petit de Lyon, le poids normal du placenta est inférieur à $1/6$. Si l'on prend en effet certaines précautions de pesée indiquées par cet auteur, le rapport devient $1/6,4$, soit, par exemple, 460 grammes pour un enfant de 5.000 grammes.

Tout au contraire, il n'est pas rare de voir des fœtus malingres dont le placenta s'est énormément développé sous l'influence d'un processus morbide et tout particulièrement de la syphilis.

L'un des premiers, M. le Professeur Pinard insista, il y a déjà longtemps sur l'augmentation considérable de poids que présentaient les placentas des enfants syphilitiques.

Sous son inspiration, son élève Correa-Diaz, publia dans sa thèse inaugurale 34 observations d'enfants syphilitiques nés au terme de neuf mois.

Correa-Diaz constatait que d'après ces observations, le poids moyen des fœtus était de 2.919 grammes, le poids moyen des placentas de 681 grammes. Il déduisit de ces chiffres, que le poids du placenta syphilitique représentait non plus le sixième mais le quart du poids de l'enfant. Un placenta trop lourd par rapport à l'enfant était donc un signe certain de syphilis.

Cette loi, d'une telle simplicité dans la pratique courante, devait nécessairement avoir un grand retentissement.

En effet elle donnait un moyen certain, infaillible et à la portée de tous puisqu'il suffisait de faire une simple pesée, de dépister la syphilis fœtale à la naissance, alors même qu'il y a absence totale de manifestations syphilitiques objectives. Aussi voyons-nous tous les auteurs s'y ralliés d'enthousiasme. C'est ainsi que Ribemont Dessaignes écrit :

« Cette hypertrophie placentaire de la syphilis conceptionnelle est si importante que, dans un certain nom-

bre de cas, Pinard a pu reconnaître la syphilis chez le père ou la mère du fœtus, alors qu'en l'absence de lésion actuelle on n'avait pas diagnostiqué la syphilis ancienne ».

Quelques années plus tard, Schwab se range aux mêmes conclusions avec cependant une légère atténuation :

« L'hypertrophie est le principal caractère du placenta syphilitique, et cette hypertrophie est d'autant plus remarquable qu'elle coïncide presque toujours avec un développement précaire du produit de conception. Le placenta syphilitique est à la fois augmenté de volume et de poids. L'augmentation de volume porte sur tous les diamètres et l'épaisseur du placenta syphilitique est parfois très considérable. Cette augmentation de volume est accusée surtout quand le fœtus vient mort et macéré car dans ce cas le placenta est œdématisé mais elle peut exister aussi avec un fœtus à terme vivant mais syphilitique.

« Plus caractéristique encore si possible que cette augmentation de volume est l'exagération du poids du placenta dans la syphilis, surtout si on compare le poids de ce placenta au poids du fœtus. Si bien que l'équilibre admis entre le poids du fœtus et le poids du placenta est rompu au détriment du premier. Et cette augmentation proportionnelle du poids placentaire s'observe non seulement avec un fœtus mort et macéré mais même lorsque le fœtus naît vivant mais présente ultérieurement des accidents spécifiques. »

Mais Schwab apporte à la doctrine devenue classique, l'atténuation suivante :

« Ces caractères peuvent faire soupçonner la syphilis mais ne sauraient la faire affirmer. En effet bien souvent, lorsque l'enfant naît à terme et en bon état, l'hypertrophie placentaire ne semble pas très exagérée. Parfois même, dans ce cas, le poids peut ne pas dépasser la normale. L'augmentation de volume et de poids est surtout marquée lorsque le fœtus est mort et macéré ou lorsque l'enfant naît malingre. »

Tandis que Schwab se montre en somme assez réservé, Zentler en 1891 avec 10 observations, Bridier en 1893 avec 47 observations, toutes de femmes sûrement syphilitiques, arrivent aux mêmes conclusions que Correa-Diaz et renchérissent même sur cet auteur.

Wallich, lui, est revenu à plusieurs reprises sur le sujet, insistant chaque fois sur la grosse valeur qu'on doit attribuer au rapport placentaire.

Déjà, en 1893, dans une conférence faite dans le service du Professeur Fournier, il disait :

« L'enfant naît à terme, le plus souvent grâce au traitement de la mère ou même en dehors de tout traitement. Le fœtus est bien développé, c'est un bel enfant, rien ne permet de prévoir qu'il va succomber peut-être subitement, sans raison anatomique connue, dès les premiers jours qui suivent sa naissance.

« Au quinzième jour, trois semaines au plus tard, cet enfant va montrer des accidents secondaires, va cesser d'augmenter, va diminuer, maigrir, se rider, prendre alors cet aspect de petit vieux. Mais il ne présente pas cet aspect à sa naissance ; la disproportion entre le poids

du fœtus et celui du placenta tient à l'augmentation de cet organe et non à la diminution du poids. »

Blanchet dans sa thèse de 1902, s'exprime en ces termes : « Après l'expulsion de l'enfant, vous attendez les vingt ou trente minutes classiques, après quoi vous effectuez la délivrance et vous amenez au dehors une masse placentaire tellement caractéristique qu'elle seule suffirait à vous faire poser votre diagnostic. Car le placenta syphilitique est volumineux, gros, œdématisé, offrant des cotylédons séparés par des sillons profonds. Enfin si on le met sur le plateau d'une balance et que l'on compare le poids trouvé avec celui de l'enfant, on verra certainement que le rapport est de $1/4$.

Si nous nous en rapportons sans discussion aux auteurs que nous venons de citer, il est évident que nous avons à notre disposition une loi infaillible.

Il est d'une simplicité extrême de déceler dans tous les cas la syphilis de l'enfant. Il est impossible de se tromper puisqu'il suffit de faire un très simple calcul pour affirmer que tel enfant est syphilitique, sans attacher d'autre importance à l'interrogatoire ou à l'examen clinique de la mère, par cela même que son placenta est volumineux. Et l'on arrive à formuler les deux règles suivantes :

Gros placenta : l'enfant est sûrement syphilitique. Il doit être nourri par sa mère ou mis à l'allaitement artificiel.

Petit placenta : l'enfant n'est sûrement pas syphiliti-

que. Si sa mère ne peut ou ne veut le nourrir, il est permis de le confier à une nourrice mercenaire.

Evidemment c'est simple, peut être même trop simple, car il n'est, surtout en médecine, de loi qui ne souffre d'exception. Et les auteurs qui formulent cet axiome nous paraissent encourir une assez grave responsabilité.

Il nous semble utile, à cet égard, d'étudier d'un peu plus près les observations soumises à notre examen.

Pour Correa-Diaz et pour Bridier, le doute ne paraît pas possible. Ces auteurs publient : le premier 34 observations, le deuxième 47 observations de femmes sûrement syphilitiques. Dans chaque observation le poids du placenta est considérable, il est égal ou même supérieur au quart du poids du fœtus. Mais Correa-Diaz et Bridier (et ils le reconnaissent eux-mêmes) n'indiquent que les cas favorables à leur thèse. Il est évident que dans ces conditions le pourcentage y gagne mais que l'intérêt y perd.

Il nous semble que leur théorie aurait subi une importante confirmation s'ils nous avaient rapporté quelques observations d'enfants sains en apparence, naissant de mères ne présentant pas d'antécédents ou de stigmates de syphilis, et sur lesquels le poids considérable de leur placenta eut seul attiré l'attention. Dans ce cas la loi du placenta aurait vraiment été à l'honneur puisqu'elle seule aurait permis de dépister une syphilis latente.

Mais Correa-Diaz et Bridier, peut être pour les be-

soins de la cause qu'ils plaidaient, n'ont voulu comparer les poids des fœtus et de leurs placentas que dans les cas de syphilis certaine, et encore, avec les restrictions que nous avons indiquées.

Quant aux observations de Zentler et de Blanchet, elles ne nous apparaissent pas le moins du monde probantes.

Zentler publie simplement les dix cas suivants :

N ^{os} d'ordre	Parité	Age de la grossesse	Poids du fœtus	Poids du placenta
1	II ^e pare.	6 mois	610	340
2	I —	7 —	850	330
3	I —	4 m. 1/2	200	180
4	I —	6 mois	840	340
5	I —	7 —	940	420
6	I —	7 —	780	420
7	I —	7 m. 1/2	1.290	500
8	II —	9 mois	1.980	510
9	I —	7 m. 1/2	1.930	480
10	I —	9 mois	2.740	740

A notre avis, cette statistique ne présente aucune valeur. En effet elle ne renferme que deux cas de grossesse à terme, et encore dans l'un d'eux il s'agit d'un fœtus mort et macéré. Tous les autres cas représentent des avortements et des macérés. Il n'est donc pas étonnant que le poids du placenta soit dans ces conditions fortement disproportionné avec celui du fœtus. Les observations de Zentler ne peuvent donc, sauf la dernière dans laquelle il s'agit d'un enfant qui a survécu, entrer en ligne de compte.

Blanchet, lui, dont nous avons lu plus haut les conclusions si affirmatives, nous apporte 47 observations d'enfants sûrement syphilitiques.

Mais si nous étudions sa statistique, il nous est facile de voir qu'elle est en désaccord complet avec les conclusions.

Qu'on nous permette, à ce titre, de reproduire dans le tableau suivant les chiffres de Blanchet.

N ^{os} d'ordre	Age de la grossesse	Poids du fœtus	Poids du placenta	Rapport normal du 1/6	En plus ou en moins
1	9 mois	3.100	480	516	— 64
2	9 —	3.200	460	533	— 127
3	9 —	3.900	650	650	normal
4	9 —	3.500	430	580	— 150
5	9 —	3.600	450	600	— 50
6	9 —	3.170	460	528	— 68
7	9 —	3.520	550	586	— 36
8	9 —	3.600	550	600	— 50
9	9 —	3.770	470	628	— 158
10	9 —	3.000	470	500	— 30
11	9 —	3.720	620	620	normal
12	9 —	3.480	470	580	— 110
13	9 —	2.785	450	464	— 14
14	9 —	2.870	410	468	— 58
15	9 —	3.220	500	536	— 36
16	9 —	3.490	500	580	— 80
17	9 —	3.540	470	590	— 120
18	9 —	3.400	650	566	+ 84
19	9 —	3.080	720	513	+ 207
20	9 —	3.400	640	566	+ 74
21	9 —	2.675	620	446	+ 174
22	9 —	3.325	570	554	+ 16
23	9 —	2.090	560	350	+ 210
24	9 —	2.520	460	420	+ 40
25	9 —	3.470	730	580	+ 150
26	9 —	2.670	520	445	+ 150
27	9 —	2.620	450	436	+ 14
28	8 —	2.400	300	400	— 100
29	8 —	2.700	380	450	— 70
30	8 —	2.550	425	425	normal
31	8 —	2.720	350	453	— 103
32	8 m. 1/2	2.980	500	498	+ 2
33	7 —	2.300	400	383	+ 17
34	8 —	2.350	420	391	+ 29
35	8 —	2.350	550	391	+ 159
36	8 mois	2.450	640	401	+ 239
37	7 —	1.800	580	300	+ 280
38	8 —	2.000	720	333	+ 387
39	8 —	2.100	600	350	+ 250
40	8 —	2.570	500	428	+ 72
41	8 m. 1/2	2.180	720	363	+ 357
42	8 mois	2.530	560	421	+ 139
43	8 —	2.450	640	408	+ 232
44	8 —	2.280	400	380	+ 20
45	7 m. 1/2	2.150	520	358	+ 162
46	8 mois	2.400	600	400	+ 200
47	7 —	2.110	520	351	+ 169

A première lecture, il est impossible de comprendre comment Blanchet a pu parvenir aux conclusions si fermes que nous rapportions plus haut.

Il nous semble même qu'en prenant les 27 observations d'enfants nés à terme, il eut été moins paradoxal de sa part, de dire que dans la syphilis le poids du placenta est plus faible que normalement.

En effet, si nous additionnons les poids des 27 enfants à terme et de leurs placentas, nous arrivons aux deux chiffres moyens de 3.209 pour les enfants, de 530 pour les placentas, ce dernier chiffre en somme inférieur au sixième de 3.209 qui est 534.

Tout au contraire, si nous recherchons les moyennes pour les autres observations qui portent sur des prématurés, nous arrivons aux deux chiffres de 2.364 pour les enfants, de 510 grammes au lieu de 401 pour les placentas. Pour les prématurés, mais pour eux seulement, la loi du rapport placentaire est donc largement vérifiée dans la statistique de Blanchet.

Mais Blanchet voulait à tout prix généraliser la règle classique. Nullement embarrassé par ces chiffres contradictoires, il fait un calcul global, et bénéficiant ainsi pour sa moyenne des poids considérables des placentas des prématurés, il arrive aux deux chiffres suivants :

Poids moyen des enfants. . . .	2.825 grammes
Poids moyen des placentas. . . .	523 —

ce qui lui permet d'établir entre ces deux poids un rapport sensiblement égal à $1/5,3$.

Comme nous sommes loin du rapport de $1/4$ indiqué par Correa-Diaz et par Bridier et que Blanchet, d'après ses dires nous avait aussi fait espérer.

Blanchet remarque encore que la moyenne des enfants est très faible. C'est là une remarque judicieuse. Il est fort heureux, en effet, pour sa statistique, que le poids moyen des enfants soit faible, car s'il en avait été autrement, il ne se fut trouvé que de bien rares observations en coïncidence avec ses conclusions.

En effet, de par la statistique de Blanchet, la loi ne se trouve vérifiée que 11 fois sur 27, soit dans 39 % des cas chez les enfants à terme.

Cet auteur, à notre avis, aurait plus justement conclu en disant : étant donnée la fréquence relative de l'augmentation de poids du placenta dans la syphilis, tout placenta plus lourd que normalement doit attirer notre attention, sans qu'il nous soit permis cependant d'attribuer à ce signe une valeur absolue car les exceptions sont nombreuses.

Mais Blanchet a fait preuve d'un parti pris véritable en faisant dire à sa statistique ce qu'elle ne disait absolument pas.

Il est évident que les affirmations de Blanchet venant corroborer celles de Correa-Diaz, de Bridier, de Zentler devaient vivement frapper l'opinion ; aussi la loi du gros placenta était-elle généralement admise.

Néanmoins, seuls jusqu'à ces dernières années, les médecins autrichiens se sont refusés à croire aveuglément au rapport placentaire. Sous leur inspiration, le

gouvernement de Vienne a édicté la loi suivante : « Tout enfant, quel qu'il soit, non élevé par sa mère, sera surveillé pendant trois mois après sa naissance, avant d'être confié à une nourrice. » Les médecins autrichiens ont pu ainsi éviter nombre de cas de contagion syphilitique. Le terme de trois mois nous paraît cependant un peu court car après cette date on peut voir apparaître, quoique avec moins de chances, des accidents d'hérédosyphilis. D'autre part, dans l'intérêt même des enfants qui dans certains cas ne peuvent être nourris par leur mère, mais à qui on ne voudrait pas faire courir les dangers de l'allaitement artificiel, il importe d'être fixé plus tôt.

En France, il nous faut attendre jusqu'en 1904 pour enregistrer la première protestation qui se soit élevée contre l'absolutisme de la loi des gros placentas. C'est à cette époque en effet, que parut à Lyon la thèse de Petit.

L'attention de Petit fut éveillée par le fait suivant : une femme sûrement syphilitique mettait au monde à la maternité de la Charité de Lyon, un enfant volumineux et en excellent état, dont le placenta présentait un poids supérieur à la normale.

Ultérieurement, plusieurs cas semblables, en contradiction absolue avec les idées admises jusque-là, furent observés par lui.

Intéressé par les exceptions nombreuses à la loi que tous prônaient à l'envie, Petit se mit à rechercher de parti pris la syphilis chez tous les enfants qui naissant à

la maternité de la Charité, présentaient de gros placentas.

Petit reconnaît il est vrai, avec sincérité, que voulant s'attaquer franchement à l'opinion classique, il ne publiait que les cas, nombreux d'ailleurs, dans lesquels il fallait absolument rejeter la syphilis malgré le taux élevé du rapport placentaire.

Tous les enfants, sains en apparence à leur naissance, dont il s'est occupé, il les a observés, ainsi d'ailleurs que leurs mères, pendant les mois qui ont suivi leur naissance. Les investigations ont duré un temps variable mais n'ont jamais dépassé le huitième mois car Petit dit, avec raison du reste, qu'il est infiniment rare de voir se manifester des accidents hérédosyphilitiques, ce laps de temps une fois écoulé.

Dans 38 observations, le rapport du poids du placenta à celui du fœtus était supérieur à $1/6$. Ces enfants étaient donc presque sûrement des syphilitiques par définition si l'on s'en rapportait à la règle classique ; et dans certaines maternités où l'on obéit strictement à cette règle, tous ces enfants auraient été considérés comme syphilitiques et traités comme tels.

Or les 38 enfants observés par Petit n'ont jamais été soumis au traitement antisypilitique et n'ont jamais présenté, pas plus que leur mère, d'accidents spécifiques.

Il semble donc que la thèse de Petit vient corroborer ce que nous disions un peu plus haut à propos du travail de Blanchet. Et, de même que très souvent, la syphilis étant certaine, le rapport placentaire est égal ou inférieur à $1/6$, de même les cas dans lesquels ce

rapport est supérieur à 1/6 sont vraiment très fréquents, sans que l'on puisse, d'aucune façon, incriminer la syphilis.

La loi des gros placentas, à ne s'en rapporter qu'à Petit et à Blanchet (ce dernier bien malgré lui), apparaît donc nettement comme englobant beaucoup moins de cas que n'ont bien voulu le dire certains auteurs, notamment Correa-Diaz et Bridier. Petit va plus loin. Rompant franchement avec la tradition classique, il déclare que cette loi n'a aucune valeur, qu'elle est même funeste et présente des dangers très grands. En lui obéissant à la lettre on s'expose à déclarer sain un enfant syphilitique et à risquer ainsi la contagion de sa nourrice, ou tout au contraire à étiqueter comme syphilitiques des enfants absolument sains et à les condamner à l'allaitement artificiel si leur mère ne peut les nourrir.

Nous avons déjà indiqué, en commençant ce travail, que nous l'avions abordé sans le moindre parti pris. Les observations de Petit, venant après celles de Blanchet, sont évidemment séduisantes et propres, tout au moins, à éveiller un doute dans notre esprit. Mais Petit reconnaît lui-même, comme d'ailleurs Correa-Diaz et Bridier, qu'il ne publie que les observations favorables à sa manière de voir. Il s'expose donc aux objections de même ordre que celles que nous avons soulevées entre Diaz et Bridier. De plus, il nous paraît utile de lui faire une légère critique à propos de sa méthode.

En effet, chez le nouveau-né, si les accidents hérédosyphilitiques se manifestent avec le plus de fréquence

du premier au troisième mois, avec une prédominance très nettement marquée pour les tous premiers jours de la vie, on peut aussi, beaucoup plus rarement il est vrai, es voir apparaître à une époque plus tardive et cela jusqu'au huitième ou neuvième mois.

Nous avons vu d'ailleurs que l'école de Vienne impose à tout nourrisson une période d'observation de trois mois.

Or, voici pendant combien de temps les différents enfants dont s'est occupé Petit ont pu être observés :

3	...	4	mois
4	...	4	— 1/2
5	...	2	—
5	...	3	—
3	...	4	—
5	...	5	—
3	...	6	—
3	...	7	—
4	...	8	—
3	...	9	—
3	...	11	—

Il est donc évident qu'un certain nombre d'enfants n'ont été surveillés que pendant un laps de temps relativement assez court. Et les partisans irréductibles de la loi du gros placenta pourraient avoir beau jeu pour reprocher à Petit de se montrer, lui aussi, par trop intransigeant.

Nous ne croyons pas, très franchement, que cette

objection puisse enlever aux arguments de Petit une grosse part de la valeur réelle qu'ils comportent.

Abstraction faite, même des enfants observés pendant trop peu de temps, que l'on peut à la rigueur ranger au nombre des cas douteux, il n'en est pas moins vrai que la très grosse majorité des enfants a été observée pendant un laps de temps suffisamment prolongé pour qu'on puisse, à juste titre, les déclarer absolument indemnes de syphilis.

Tout au plus peut-on reprocher à Petit d'être, lui aussi, très intransigeant et d'être peut-être allé un peu loin en qualifiant de funeste la théorie classique.

Ces exceptions si fréquentes à la loi du gros placenta, surtout celles qu'apportait Petit avaient du, à notre avis, sinon retourner complètement l'opinion admise jusqu'alors, tout au moins éveiller quelques doutes dans l'esprit des observateurs.

Il n'en est rien ainsi que nous pouvons facilement nous en rendre compte, après avoir analysé rapidement ce qu'ont écrit les auteurs depuis l'apparition du travail de Petit. La confiance reste entière, absolue.

Queirel en 1904, au lendemain de la thèse de Petit, insiste encore fortement sur la valeur indiscutable qu'il attribue au signe placentaire.

Indiquant dans une leçon les cas dans lesquels les enfants doivent être mis exclusivement soit au sein maternel soit à l'allaitement artificiel, il dit :

« Même les enfants à terme et d'apparence saine, mais avec un gros placenta...

« Ce signe a une grosse valeur. Je ne crains pas de dire que si toujours le placenta nous était connu, si nous avions pu l'examiner, nous ne serions pas exposés à donner un seul enfant syphilitique à une nourrice saine. »

Et, faisant allusion à la thèse de Petit :

« Sans doute, dans les syphilis récentes, et Pinard ne le nie pas, on peut trouver des placentas petits, mais dans les vieilles syphilis, paternelles surtout, quand on n'a pour se guider aucun symptôme actuel, ni aucun aveu d'antécédents vénériens, l'examen du placenta, son aspect, sa grosseur, son poids reprennent toute leur importance et c'est bien heureux car ils permettent de dépister la syphilis... Je ne crains pas d'affirmer que dans ces cas le placenta est plus lourd et souvent d'un poids exagéré. Si nous suivons ces recommandations, nous éviterons, dans la mesure du possible, ce mal-facteur social déjà signalé par Ambroise Paré : des enfants infectés qui baillent la vérole à autant de nourrices qui les allaitent. »

Quelques jours après, dans une deuxième leçon Quei-rel insiste et dit :

« Le placenta est plus gras, plus gros, plus lourd. Cette augmentation a une importance capitale et une signification univoque. »

Il est vraiment impossible de se montrer plus affirmatif et de proclamer plus hautement sa foi. Les observations apportées par Petit et propre tout au moins à éveil-

ler un léger doute dans un esprit non intransigeant, n'ont produit aucun effet. Quoiqu'aie dit et prouvé cet auteur, Queirel demeure inébranlable dans ses convictions, il n'évoque même pas la possibilité d'une exception quelconque.

Malheureusement, Queirel n'apporte aucun fait à l'appui de sa parole. Il se contente d'affirmer mais ne cherche pas à prouver.

Nous avons vu plus haut ce que disait Wallich, dans le même sens, plusieurs années avant que ne paraisse le travail de Petit.

En 1906 il publiait avec Levaditi, dans les *Annales de gynécologie*, un article dont nous extrayons les lignes qu'on va lire.

« On comprend à l'heure actuelle sous le nom de placenta syphilitique, un placenta présentant au point de vue macroscopique une physionomie toute particulière. Le placenta présente un volume et un poids exagérés, atteignant 700 à 800 grammes et plus, pour un fœtus pesant aux environs de 3 kilogs et même au-dessous.

« Le poids du placenta qui correspond ordinairement au $\frac{1}{6}$ du poids du fœtus, arrive dans ces conséquences à en représenter le $\frac{1}{5}$ ou même le $\frac{1}{4}$.

« Il n'est pas rare que le fœtus soit en même temps volumineux et accompagné de beaucoup de liquide. Cet ensemble constitue ce que M. le Professeur Pinard qualifie de « gros œuf » avec une fâcheuse signification pronostique.

« Le gros placenta semble manquer quand la syphilis

est récente chez la mère et lorsque l'infection date de la conception ou lui est postérieure. On le trouve assez fréquemment dans les cas de syphilis héréditaire même quand celle-ci n'a donné lieu à aucune manifestation chez la mère, si bien qu'il a été établi comme règle dans le service de M. Pinard que tout enfant à placenta lourd ne doit téter d'autre femme que sa mère. »

Donc, plus que jamais la foi dans le principe classique avec cependant l'atténuation déjà signalée par Queirel au sujet des syphilis de date récente.

Quelques semaines après avoir écrit ces lignes, Wallich revient encore sur la question et affirme que la simple constatation macroscopique par la pesée du placenta, qu'on ne doit jamais manquer de faire chaque fois qu'elle est possible, reste beaucoup plus pratique et caractéristique quoi qu'on ait dit que l'examen histologique du placenta.

Garipuy, dans un article publié peu après dans les archives de médecine de Toulouse, arrive aux mêmes conclusions, mais, comme Wallich, comme Queirel, il n'apporte aucun fait à l'appui de sa théorie.

Plauchu en 1909, rapporte à la Société obstétricale de Lyon l'observation de 279 enfants, tous observés pendant plusieurs mois.

Il indique les chiffres suivants :

Sur 28 enfants à rapport placentaire de $1/4$ à $1/5$, 5 syphilitiques : 19, 2 %.

Sur 103 enfants à rapport placentaire de $1/5$ à $1/6$, 4 syphilitiques : 3, 8 %.

Sur 102 enfants à rapport placentaire de $1/6$ à $1/7$, 3 syphilitiques : 2, 8 %.

Sur 39 enfants à rapport placentaire de $1/7$ à $1/8$, 0 syphilitique : 0, %.

Donc, sur 28 cas où le rapport se trouvait compris entre $1/4$ et $1/5$, 5 enfants étaient syphilitiques, mais 23 n'ont pendant les trois ou quatre premiers mois rien présenté de suspect, ont eu une courbe de poids normale et ont quitté le service en parfait état.

Si l'on avait strictement tenu compte de la règle du placenta, ces 28 enfants auraient dû être considérés comme douteux, élevés au biberon, et seraient morts dans une proportion élevée.

D'autre part si ces 28 enfants avaient été envoyés en nourrice, loin de la surveillance spéciale dont ils bénéficiaient à la nourricerie, il est probable qu'il y aurait eu contagion d'un certain nombre de nourrices.

Plauchu en conclut que si la loi du placenta ne saurait être admise comme absolue, elle garde néanmoins une grande valeur en pratique.

« Dans tous les cas où le diagnostic de la syphilis ne peut être soupçonné ni par l'examen des parents, ni par les renseignements fournis par les accouchements antérieurs, lorsque l'enfant paraît indemne à la naissance et pendant son temps de séjour dans la maternité, c'est encore le gros placenta qui permettra d'éliminer de l'al-

laiteusement au sein, le plus grand nombre de syphilitique. »

Malgré les hésitation de Plauchu, les accoucheurs lyonnais ne tiennent guère un grand compte de la règle du gros placenta. A l'heure actuelle de nombreux enfants sont envoyés des maternités à la nourricerie Remond avec un certificat sanitaire favorable, bien que le rapport du poids du placenta au poids de l'enfant soit dans bien des cas supérieur à $1/5$ et même à $1/4$.

Dans une étude récente parue en 1911 et traitant de l'influence de la syphilis sur la genèse des anomalies, Rudaux et Le Lorier ont pris comme critérium de la syphilis, l'augmentation du poids du placenta.

La preuve de la syphilis, disent ces auteurs, est difficile à faire car elle peut ne déterminer aucune altération placentaire appréciable et nous savons qu'en clinique, c'est souvent l'aspect et surtout le poids du placenta qui permettent de poser un diagnostic rétrospectif de syphilis. A l'heure actuelle ce signe est le seul, en dehors d'accidents spécifiques reconnus ou avoués qui soit considéré comme ayant une valeur à ce point de vue.

Ces auteurs ajoutent quelques lignes plus loin :

« Nous avons compté comme syphilitiques les cas douteux, ceux où le placenta est à peine plus gros que la moyenne correspondante.

« Certes, cette méthode comporte des imprécisions, il ne faut pas oublier que si en général la syphilis crée de gros placentas, d'autre part il existe des fœtus notoire-

ment syphilitiques dont le placenta est d'un poids normal ou même au-dessous de la moyenne.

« Il est intéressant de noter que 5 fœtus possédaient un placenta de poids normal ou plus faible que la moyenne. Malgré l'origine paternelle et maternelle de la syphilis, le placenta ne pesait que le $\frac{1}{7}$ du poids, ce qui démontre péremptoirement que la notion du rapport placentaire est insuffisante. »

Tel est, à l'heure actuelle, l'état de la question. Il est aisé de constater que, seul, Petit se refuse à accorder aux gros placentas une valeur pathognomonique dans le diagnostic de la syphilis.

Parmi les autres auteurs qui se sont occupés de la question, les uns avec Correa-Diaz, Bridier, Wallich, Queirel défendent hautement la valeur de ce signe.

D'autres, tels que Schwab, Rudaux et Le Lorier apportent quelques atténuations aux rigueurs de la théorie classique.

Quant à Plauchu, il est très hésitant. Il paraît d'abord, et ses chiffres en font foi, vouloir contester la valeur du signe placentaire, mais il finit, seul de toute l'école lyonnaise, par se ranger à l'opinion généralement admise.

Dans ces conditions d'absolutisme de part et d'autre, il est vraiment malaisé de se faire une opinion, de se tracer une règle de conduite.

Si nous nous en tenons uniquement aux chiffres apportés par Correa-Diaz et Bridier, il est évident qu'il est impossible de ne pas admettre ce qui est fortement établi par des chiffres péremptoirés.

Tout au contraire lorsqu'on étudie les observations de Blanchet et celles de Petit, on trouve qu'il y a vraiment bien des exceptions, trop d'exceptions même à cette règle pour l'admettre dans toute son intégrité.

Et pourtant la question est d'importance et il serait de toute utilité d'être fixé sur ce sujet. De quel côté est la vérité ?

Lorsqu'il s'agit de syphilitiques avérées, la discussion ne présente qu'un intérêt académique. En effet, dans cet ordre de faits, il ne saurait y avoir d'hésitation. L'enfant d'une syphilitique doit être nourri par sa mère, ou bien élevé au biberon, ou bien encore, comme le proposent Fournier et Petit, confié à une nourrice syphilitique.

Mais toute autre est la question lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant paraissant sain, né de parents se disant ou paraissant être exempts de toute tare syphilitique, mais dont le placenta présente un poids hors de proportion avec le sien. Il est évident que dans la pratique de ville on doit se trouver parfois bien embarrassé.

Si la mère tient à nourrir elle-même son enfant, le problème est résolu. Il suffit simplement de surveiller ce dernier afin de dépister rapidement tout accident syphilitique, et dans le cas où il en apparaîtrait, de le mettre immédiatement au traitement.

Mais si la mère ne peut ou ne veut nourrir son enfant et que les parents prennent la décision de le confier à

une nourrice mercenaire, le médecin, pris entre ces deux opinions contradictoires, se trouve en présence d'un véritable cas de conscience.

Doit-on passer outre le poids du placenta et confier l'enfant à une nourrice? Nul doute que pendant de longs mois, un médecin hanté par l'idée de la théorie classique, redoutera, à tout moment, de voir se manifester chez l'enfant des accidents syphilitiques. Cette crainte, dans bien des cas croyons-nous, sera vaine, mais si un accident venait à se produire, quels ne seraient pas ses regrets! Indépendamment du préjudice à lui porté, car sa propre responsabilité est nettement établie par les articles du Code qui d'ailleurs l'enferment dans un fâcheux dilemme, dans une véritable impasse, il aura à déplorer amèrement la contamination de la nourrice et peut-être même de toute la famille de celle-ci. Le cas s'est fréquemment présenté.

Il nous paraît qu'en raison des résultats par trop contradictoires ressortissant des travaux de tous les auteurs que nous avons cités, il est utile de rechercher de nouveau s'il n'existe pas un moyen présentant une réelle valeur, qui puisse, dans les cas de doute, nous donner une assurance formelle.

La séroréaction de Wassermann relativement facile à faire, donnant des résultats très rapides, nous paraît, à cet égard, pouvoir nous fournir une aide précieuse.

Évidemment le Wassermann a ses détracteurs, sa valeur absolue n'est pas encore admise par tous, bien

qu'on possède à l'heure actuelle des antigènes d'une sensibilité presque parfaite. Mais c'est, en somme, un procédé qui nous permet d'être très rapidement fixés. De plus, c'est le seul qui soit à notre portée.

Petit, lui, se basait sur l'examen de l'enfant dans les mois qui suivaient sa naissance. Or nous avons vu dans son travail, que la plupart de ces enfants n'ont pu être suivis que pendant très peu de temps.

Durant les dix-huit mois que nous avons passés à la maternité de la Charité nous nous sommes vivement intéressé à la consultation des nourrissons. Or, bien rares étaient les mères qui nous ramenaient régulièrement leurs enfants, et encore plus rares celles qui nous les ramenaient longtemps.

Ce procédé d'investigation présente donc de gros inconvénients car il est matériellement impossible de garder en filature suivie, une mère et son enfant.

Dans la deuxième partie de ce travail, nous allons exposer d'abord le résultat de nos recherches sur des syphilitiques avérées. Puis nous nous occuperons des femmes en bon état de santé apparente dont les placentas étaient plus lourds que la normale. Nous discuterons la valeur de la réaction de Wassermann qui a été pratiquée sur toutes ces dernières, et enfin nous exposerons les conclusions qu'il nous semble permis de tirer de ces recherches.

CHAPITRE TROISIÈME

Observations de femmes sûrement syphilitiques

Nous allons essayer de vérifier, au moyen des observations qui vont suivre, si le placenta est toujours hypertrophié dans la syphilis et si son poids est égal au quart de celui du fœtus ou du moins se rapproche de ce rapport.

Il nous faut d'abord préciser les conditions de pesée du placenta.

D'après Sfameni, les poids qu'on attribue au placenta sont toujours beaucoup trop élevés. Pour cet auteur, le rapport entre le poids du placenta et le poids du fœtus est bien plus près de $1/8$ que de $1/6$ (chiffre moyen $1/7,73$). L'erreur qui fait assigner au placenta un poids supérieur à celui qu'il possède en réalité tient à deux faits : 1° On pèse avec le placenta le cordon (32 grammes) et les membranes (49 grammes), c'est-à-dire tout ce qui constitue le délivre ; 2° on pèse avec le délivre les caillots attachés à sa face utérine.

Nous ne pouvons suivre la technique indiquée par cet auteur, pour la raison bien simple que nous n'aurions plus le moindre terme possible de comparaison avec

les auteurs, qui eux, ont toujours pesé le délivre en bloc. Tous nos chiffres seraient, en effet, très au-dessous des leurs, et nos arguments ne pourraient avoir la moindre valeur.

Nous nous sommes rangés à la manière de faire qui est la suivante. Le placenta avant d'être pesé, a été soigneusement débarrassé des caillots et du sang liquide qui l'engorgent, lavé à grande eau, et essuyé. Si, en effet, on néglige ces précautions élémentaires, on s'expose à des causés d'erreur évidentes.

D'autre part nous avons été amenés à faire la constatation suivante : Un grand nombre de placentas ont été pesés immédiatement après leur expulsion. Douze heures après il était procédé à une seconde pesée. Chaque fois qu'il nous a été donné de faire ces deux pesées, nous avons pu constater que le placenta pesait la seconde fois de 40 à 60 grammes de moins que la première fois. Le placenta avait toujours laissé exsuder dans ce laps de temps une notable quantité de sang.

Mais nous ne tablerons pas sur ces résultats car la double pesée n'a pas été faite dans tous les cas. De plus nous voulons nous écarter le moins possible des auteurs qui nous ont précédé.

Nous n'indiquerons donc que les chiffres obtenus par pesée immédiate du placenta et de ses annexes après évacuation du sang liquide et des caillots et lavage soigné.

Nous nous souvenons que parmi les auteurs qui se sont occupés de la question, les uns avec Correa-Diaz

affirment que le placenta syphilitique pèse le quart du poids du fœtus à terme.

D'autres moins affirmatifs attribuent au rapport placentaire sa valeur maxima chez les prématurés.

Aussi avons-nous dressé trois tableaux, selon que la grossesse était au terme de 9 mois, 8 mois $1/2$, 8 mois.

Nous ne sommes pas descendus au-dessous de ce terme car alors le rapport placentaire devient des plus variables et il est difficile d'avoir une base de comparaison exacte.

Un certain nombre d'enfants rangés dans la catégorie des enfants à terme paraîtront peut-être peser un poids bien léger. Nous avouons bien volontiers, qu'à ce sujet, nous n'avons qu'une seule référence : la date du dernier jour des règles de la femme, date à laquelle nous ajoutions 10 jours.

Dans chacun des tableaux que nous avons dressés, nous mettons, en regard du poids de l'enfant et de celui de son placenta, le rapport placentaire. Puis comme terme de comparaison, le poids de placenta correspondant exactement au $1/6$ du poids de l'enfant. Enfin, la différence en plus ou en moins:

1° Femmes syphilitiques à terme.

N ^{os} d'ordre	Parité.	Poids de l'enfant	Poids du placenta	Rapport	1/6 du poids de l'enfant	En plus ou en moins
1	III ^e pare.	3.290	575	1/5,7	548	+ 27
2	II —	2.400	470	1/5,1	400	+ 70
3	I —	3.600	670	1/5,3	600	+ 70
4	I —	3.900	650	1/6	650	normal
5	IV —	2.850	420	1/6,7	475	— 55
6	II —	3.230	480	1/6,7	538	— 58
7	III —	2.880	480	1/6	480	normal
8	I —	3.570	680	1/5,2	595	+ 85
9	I —	3.300	520	1/6,3	550	— 30
10	II —	3.300	450	1/7,3	550	— 100
11	I —	2.500	360	1/6,9	416	— 56
12	I —	2.950	550	1/5,3	491	+ 59
13	I —	2.800	500	1/5,6	466	+ 34
14	V —	4.350	680	1/6,3	725	— 45
15	I —	3.330	740	1/4,5	550	+ 190
16	II —	4.100	720	1/5,6	683	+ 37
17	I —	3.630	900	1/4	605	+ 295
18	I —	2.800	680	1/4,1	466	+ 214
19	I —	3.975	630	1/6,3	662	— 32
20	VII —	3.050	420	1/6,1	508	— 88
21	II —	3.410	400	1/8,5	568	— 168
22	IV —	2.420	500	1/4,8	403	+ 97
23	I —	3.300	530	1/6	550	— 20
24	I —	2.920	440	1/6,6	486	— 46
25	I —	2.980	440	1/6,7	496	— 56
26	II —	2.960	460	1/6,4	493	— 33
27	I —	3.160	580	1/5,4	528	+ 54
28	III —	3.325	600	1/5,5	554	+ 46
29	II —	3.330	480	1/6,9	555	— 75
30	V —	2.100	450	1/4,6	350	+ 100
31	VIII —	3.700	575	1/6,4	616	— 41
32	II —	3.850	530	1/7,2	641	— 111
33	III —	3.300	550	1/6	550	normal
34	I —	2.530	400	1/6,3	421	— 21
35	II —	3.430	570	1/6	571	— 1
36	II —	3.350	450	1/7,4	558	— 108
37	II —	3.220	740	1/4,3	636	+ 104

N ^{os} d'ordre	Parité	Poids de l'enfant	Poids- du placenta	Rapport	1/6 du poids de l'enfant	En plus ou en moins
38	III ^e pare.	3.400	560	1/6	566	— 6
39	II —	2.490	450	1/5,5	415	+ 35
40	III —	2.700	340	1/7,9	450	— 110
41	VIII —	2.750	430	1/6,3	458	— 28
42	III —	3.600	580	1/6,2	600	— 20
43	IV —	3.430	620	1/5,5	571	+ 49
44	I —	3.220	620	1/5,1	536	+ 84
45	II —	3.080	420	1/7,3	513	— 97
46	II —	2.700	520	1/5,1	450	+ 70
47	I —	3.340	530	1/6,3	556	— 26
48	II —	3.310	450	1/7,3	551	— 101
49	I —	3.250	530	1/6,1	541	— 11
50	I —	2.730	430	1/6,2	455	— 25
51	II —	3.330	640	1/5,2	555	+ 85
52	I —	3.220	520	1/6,1	536	— 16
53	II —	3.050	480	1/6,2	508	— 28
54	III —	3.850	650	1/5,9	641	+ 9
55	II —	2.570	400	1/6,2	428	— 28
56	VI —	3.140	710	1/4,4	523	+ 187
57	I —	2.800	430	1/6,5	466	— 36
58	I —	2.530	500	1/5	421	+ 79
59	II —	4.450	800	1/5,5	741	+ 59
60	IV —	3.350	430	1/7,8	558	— 128
61	I —	2.960	500	1/5,9	493	+ 7
62	II —	3.650	730	1/5	608	+ 122
63	VIII —	3.480	430	1/8	580	— 150
64	I —	3.700	550	1/6,7	616	— 66
65	II —	2.780	670	1/4,1	464	+ 206
66	III —	4.370	750	1/5,8	728	+ 22
67	I —	3.740	680	1/5,5	623	+ 57
68	III —	3.540	550	1/6,2	590	— 40
69	IV —	3.020	600	1/5	503	+ 97
70	III —	3.050	400	1/7,6	508	— 108
71	I —	3.000	520	1/6,1	500	+ 20
72	I —	2.920	550	1/5,3	486	+ 64
73	I —	3.930	650	1/6	655	— 5
74	III —	3.420	520	1/6,4	570	— 50
75	V —	2.590	390	1/6,5	431	— 41
76	II —	3.820	620	1/6,1	636	— 16
77	II —	3.410	570	1/5,9	568	+ 2
78	I —	3.380	620	1/5,3	563	+ 57
79	II —	3.200	600	1/5,3	516	+ 84
80	IV —	3.330	920	1/3,5	550	+ 370

Nos d'ordre	Parité	Poids de l'enfant	Poids du placenta	Rapport	1/6 du poids de l'enfant	En plus ou en moins
81	I ^{re} pare.	3.150	650	1/4,9	525	+ 25
82	V —	3.250	520	1/6,2	541	— 21
83	IX —	3.100	600	1/5	516	+ 84
84	V —	3.030	510	1/6	505	+ 5
85	III —	3.100	450	1/6,9	516	— 66
86	II —	3.080	450	1/6,9	513	— 63
87	II —	a) 2.500 b) 2.700	900	1/5,7	866	+ 34
88	I —	3.100	770	1/4	516	+ 254
89	I —	3.500	620	1/5,6	583	+ 37
90	V —	3.370	510	1/6,7	562	— 52
91	III —	3.100	400	1/7,7	516	— 116
92	I —	3.000	500	1/6	500	normal
93	III —	3.360	490	1/6,8	560	— 70
94	IX —	3.500	500	1/7	583	— 83
95	VII —	2.700	610	1/4,4	450	+ 160
96	I —	3.230	500	1/6,4	538	— 38
97	II —	3.150	500	1/6,3	525	— 25
98	I —	3.550	700	1/5	592	+ 108
99	I —	2.880	400	1/7	480	— 80
100	II —	2.720	580	1/4,6	454	+ 126
101	II —	3.280	470	1/6,9	546	— 76
102	IV —	3.470	700	1/4,9	580	+ 120
103	I —	2.200	520	1/4,2	366	+ 154
104	I —	2.520	420	1/6	420	normal
105	I —	2.850	470	1/6	475	— 5
106	II —	3.250	650	1/5	542	+ 108
107	II —	3.630	550	1/6,6	605	— 55
108	I —	2.700	480	1/5,6	450	+ 30
109	I —	2.900	460	1/6	483	— 23
110	I —	2.670	400	1/6	445	— 45
111	I —	2.870	500	1/5,7	480	+ 20
112	IV —	3.300	530	1/6,2	550	— 20

Il ressort très nettement de l'examen de ce tableau que les exceptions sont excessivement fréquentes à la loi des gros placentas. On pourrait il est vrai nous objecter que ce signe perd de sa valeur lorsque la syphilis date de la conception ou lui est postérieure, mais, dans

la statistique qui précède, dix femmes seulement du numéro 103 au numéro 112 étaient syphilitiques depuis peu de temps et présentaient des accidents secondaires en évolution. Chez toutes les autres femmes, la syphilis était antérieure à la conception et elle ne se manifestait par aucun accident.

Si nous étudions de près les indications que nous fournit cette statistique, voici ce que nous pouvons constater.

Sur 112 cas de syphilis certaine, le placenta n'a présenté que 50 fois un poids supérieur à la normale ce qui nous donne un pourcentage de 44,64 %. Le déchet est donc considérable.

Évidemment dans le nombre nous trouvons quelques-uns de ces placentas monstrueux, mais le rapport de $\frac{1}{4}$ établi par Correa-Diaz et tous ses partisans, est bien rarement atteint et encore moins souvent dépassé. Nous ne le trouvons, en effet, que 15 fois, ce qui nous donne un pourcentage de 13,39 %. Ce chiffre est vraiment bien faible si on le rapproche de ceux qu'a publiés Correa-Diaz.

Si maintenant, nous employons le procédé cher à Blanchet et recherchons un résultat global, nous arrivons aux chiffres suivants :

Poids moyen des enfants . 3.205 grammes

Poids moyen des placentas. 547 —

Poids correspondant au $\frac{1}{6}$
du poids de l'enfant . 534 —

Il y a donc une faible différence de 13 grammes en faveur de la syphilis.

D'autre part le rapport entre le poids fœtal et le poids placentaire est de 1/5,8.

Nous sommes loin du rapport fatidique de 1/4 et notre chiffre est même notablement inférieur à celui de Blanchet. Correa-Diaz, il est vrai, n'avait rapporté que des observations favorables à sa manière de voir. Il est infiniment probable que s'il avait pris sans choisir, comme nous l'avons fait, tous les cas de syphilis sans le moindre parti pris, le rapport qu'il indique aurait été beaucoup plus faible.

Nous allons exposer maintenant les poids correspondants à des grossesses de 8 mois 1/2 et de 8 mois.

2° Femmes syphilitiques au terme de 8 mois 1/2.

N ^{os} d'ordre	Parité	Poids de l'enfant	Poids du placenta	Rapport	1/6 du poids de l'enfant	En plus ou en moins
1	II ^e pare.	2.050	310	1/6,6	341	— 31
2	I —	3.000	900	1/3,3	500	+ 400
3	II —	3.250	500	1/6,5	541	— 41
4	I —	2.450	420	1/5,8	408	+ 12
5	VI —	2.330	350	1/6,6	388	— 38
6	VIII —	2.800	575	1/4,8	466	+ 109
7	I —	2.980	410	1/7,2	496	— 86
8	II —	2.700	470	1/5,9	450	+ 20
9	II —	2.050	350	1/6,1	342	+ 8
10	I —	2.900	400	1/7,2	483	— 83
11	II —	2.150	380	1/5,6	358	+ 22
12	II —	2.550	400	1/6,2	425	— 25
13	I —	2.540	550	1/4,6	423	+ 127
14	IV —	2.750	610	1/4,5	460	+ 150
15	I —	2.970	500	1/5,9	495	+ 5
16	III —	2.220	400	1/5,5	370	+ 30
17	III —	2.670	530	1/5	445	+ 85
18	I —	2.450	420	1/5,8	408	+ 12
19	I —	2.760	420	1/6,5	460	— 40
20	I —	2.840	500	1/5,7	473	+ 27

Poids moyen des enfants. . . .	2.610 grammes
Poids moyen des placentas. . . .	469 —
Poids égal au 1/6 du poids de l'enfant.	435 —

Le poids moyen des placentas est donc supérieur à la normale de 34 grammes.

Le rapport placentaire est de 1/5,5. Ce rapport est supérieur au rapport obtenu dans notre premier tableau, mais est très loin encore du rapport de 1/4.

3° Femmes syphilitiques au terme de huit mois.

N ^{os} d'ordre	Parité	Poids de l'enfant	Poids du placenta	Rapport	1/6 du poids de l'enfant	En plus ou en moins
1	I ^{re} pare.	2.690	400	1/6,7	448	— 48
2	I —	2.770	590	1/4,6	451	+ 39
3	III —	2.600	480	1/5,4	433	+ 47
4	II —	2.130	370	1/5,7	355	+ 15
5	I —	2.520	520	1/4,8	420	+ 100
6	I —	2.050	420	1/4,8	341	+ 79
7	I —	2.660	480	1/5,4	443	+ 37
8	I —	1.780	496	1/3,5	296	+ 200
9	I —	2 020	510	1/3,9	336	+ 174
10	III —	2.750	650	1/4,2	458	+ 192
11	I —	1.970	570	1/3,4	328	+ 142
12	II —	1.950	470	1/4,1	325	+ 145
13	I —	2.030	450	1/4,5	338	+ 112
14	I —	2.680	450	1/5,9	448	+ 2
15	I —	2.520	500	1/5	420	+ 80
16	I —	2.260	400	1/5,6	376	+ 24
17	III —	2.700	570	1/4,7	450	+ 120
18	I —	2.850	470	1/6	475	— 5

Poids moyen des enfants.	2.385 grammes	
Poids moyen des placentas	488	—
Poids égal au 1/6 du poids de l'en-		
fant	397	—
Rapport placentaire.	1/4,8	—

Nous voilà enfin d'accord avec la théorie classique. Mais n'oublions pas qu'il s'agit de prématurés et dans le dernier mois de la grossesse le poids du fœtus s'accroît dans des proportions beaucoup plus considérables que le poids du placenta. Quoique nous n'ayons affaire ici qu'à des fœtus de huit mois, le rapport placentaire est encore notablement éloigné de 1/4. Néanmoins l'augmentation de poids du placenta est, pour ainsi dire, constante.

Tel est le résultat des recherches que nous avons pratiquées. Nous sommes bien éloignés, on le voit, des chiffres admis ordinairement. Et pourtant ces observations n'ont pas été choisies pour les besoins d'une cause. Nous avons pris toutes celles que nous avons rencontrées, le plus grand nombre à la maternité de la Charité, les autres à la clinique Tarnier. Nous n'avons éliminé que les produits d'avortement et les fœtus morts et macérés. De même nous ne sommes pas descendus dans nos recherches au-dessous du terme de huit mois.

Toutes les conditions susnommées influent en effet considérablement sur les rapports respectifs des poids des fœtus et de leurs placentas. Nous nous sommes placés sur le même terrain que Correa-Diaz et que Blan-

chet, en ne nous occupant que des femmes à terme ou près du terme.

D'où vient donc la discordance des résultats que nous avons obtenus, avec ceux de nos prédécesseurs?

Pour Correa-Diaz la réponse est bien simple et lui-même la formule d'avance, en avouant son parti pris dans sa manière de procéder.

Quant à Blanchet, la distance qui nous sépare, n'est qu'apparente.

Si Blanchet, en effet, avait procédé comme nous l'avons fait, ses moyennes auraient été très sensiblement égales aux nôtres selon qu'elles s'appliquaient à des femmes à terme ou avant terme.

Son résultat global ne peut entrer en ligne de compte étant donnée la différence considérable de poids qui existe entre un fœtus de huit mois et un fœtus à terme.

Il nous semble donc que nous pouvons conclure de la façon suivante :

Dans la syphilis, le placenta n'est pas nécessairement augmenté de poids, ainsi que le veut la théorie classique. Mais il nous faut faire une distinction entre le fœtus à terme et le fœtus de huit mois ou de huit mois et demie, aussi dirons-nous : lorsque l'enfant est à terme, on rencontre assez fréquemment (dans 44,64 % des cas) des placentas un peu plus gros que normalement.

Beaucoup plus rarement (dans 13,39 % des cas) le placenta est très volumineux et son poids atteint ou même dépasse le quart de celui du fœtus.

A côté de ces cas d'augmentation de poids, il en est

un bien plus grand nombre dans lesquels le placenta pèse le poids normal ou même un poids très inférieur.

On ne saurait donc dire, en règle générale que la syphilis est nécessairement facteur de gros placentas. L'augmentation de poids de cet organe n'est donc guère plus pathognomonique que les autres caractères macroscopiques du placenta, tels que sa couleur, sa consistance, etc...

Au contraire, lorsque l'enfant n'est pas à terme (8 mois ou 8 mois 1/2), le rapport placentaire tend à s'élever et cela d'autant plus que le produit de conception est plus loin du terme.

C'est surtout à huit mois que le rapport placentaire tend à s'élever. A huit mois et demi il est encore très rapproché de la normale, car on ne peut pas tenir compte uniquement des quelques placentas monstrueux qu'on rencontre parfois à cette époque.

Cette augmentation du poids du placenta chez le fœtus avant terme n'est d'ailleurs pas nécessairement causée par la syphilis, car, ainsi que nous le verrons dans le prochain chapitre, on peut la rencontrer fréquemment alors même qu'il est impossible d'incriminer la syphilis.

CHAPITRE QUATRIÈME

Observations de femmes ne paraissant pas être syphilitiques et chez lesquelles le poids du placenta est plus élevé que normalement.

Les recherches dont nous apportons ici les résultats, portent sur un total de 80 femmes, toutes ayant accouché à la maternité de la Charité.

Chez toutes ces femmes nous avons mis en parallèle l'interrogatoire, l'examen clinique, la réaction de Wassermann (1).

Nous n'indiquons pas les résultats de la réaction de Wassermann chez les enfants. En effet pour des raisons sur lesquelles nous reviendrons en discutant la valeur de la séroréaction, le sang de tous les enfants n'a pas été examiné.

Nous faisons entrer dans notre statistique, à côté des cas de grossesse à terme qui sont d'ailleurs en grosse

1. Rappelons ici que toutes les réactions de Wassermann ont été faites par M. le Dr Girauld, chef de laboratoire du service. M. Girauld nous a également aidé dans le classement de toutes nos observations.

majorité, un certain nombre de cas dans lesquels le fœtus n'était âgé que de huit mois ou de huit mois et demi.

En agissant de la sorte nous avons pensé que les points de comparaison seraient plus nombreux avec les auteurs qui nous ont précédé.

D'autre part, nous avons réparti en trois tableaux distincts nos observations, suivant le poids que présentait le placenta.

Dans un premier groupe nous étudierons sous le nom de : assez gros placentas, ceux dont le rapport avec le fœtus est compris entre $1/5$ et $1/6$.

Les gros placentas correspondront au rapport compris entre $1/4,5$ et $1/5$.

Enfin tous les placentas présentant un rapport égal ou supérieur à $1/4,5$ seront compris dans le groupe des très gros placentas.

Cette division qui paraîtra peut-être arbitraire, donne, nous semble-t-il, plus de clarté à cette étude. Nous indiquerons d'ailleurs le résultat global de nos recherches.

Sous le titre d'observations nous indiquerons les résultats qui nous ont été fournis soit par l'examen anatomique des organes des enfants décédés, soit par l'examen prolongé pendant plusieurs mois de quelques enfants que leurs mères ont ramené très régulièrement à la consultation des nourrissons. Nous avons fait absolument abstraction des enfants, trop nombreux malheureusement, que nous n'avons observés que pendant un court laps de temps.

1° Assez gros placentas. Rapport compris entre 1/5 et 1/6

N ^{os} d'ordre	Age	Parité	Age de la grossesse	Poids de l'enfant	Poids du placenta	Rapport	Wassermann	Observations
1	23	II ^e pare.	9 mois	3.650	700	15/2	négatif	Enfant suivi à la consultation. Bien portant.
2	22	III	9 —	3.660	700	15/2	négatif	Mort par insertion vicieuse du placenta. Pas de syphilis.
3	36	VI	8 m. 1/2	2.750	530	15,1	négatif	
4	19	II	9 mois	3.020	580	15,2	négatif	Enfant suivi à la consultation. Bien portant.
5	20	I	8 m. 1/2	2.680	490	15,4	négatif	Enfant mort à 1 mois de broncho-pneumonie. Pas de syphilis.
6	20	III	8 m. 1/2	3.100	520	15,9	négatif	Enfant présentant une absence du nez.
7	18	I	8 m. 1/2	2.970	510	15,8	négatif	
8	26	III	9 mois	2.540	490	15,1	positif	
9	30	VIII	9 —	3.600	660	15,4	positif	
10	23	II	9 —	3.100*	520	15,9	négatif	Enfant ayant une volumineuse hernie ombilicale. Mort deux heures après sa naissance.
11	21	I	9 —	3.510	680	15,1	négatif	
12	36	II	9 —	3.860	680	15,6	négatif	
13	21	II	9 —	3.300	610	15,4	négatif	
14	28	I	9 —	3.400	600	15,6	positif	
15	33	II	9 —	3.930	760	15,1	positif	
16	22	II	9 —	3.730	720	15,1	négatif	

Poids moyen des enfants. . . .	3.300 grammes
Poids moyen des placentas. . . .	609 —
Rapport placentaire	1/5,4 —

Le rapport placentaire est donc très nettement supérieur à la normale.

Or sur 16 observations nous ne trouvons un Wassermann positif que 4 fois soit dans 25 % des cas.

Le pourcentage de syphilis est vraiment bien inférieur à celui qu'on s'attendrait à rencontrer ; toutes réserves faites d'ailleurs dès maintenant sur la valeur qu'on peut attribuer à la réaction de Wassermann. Nous y reviendrons ultérieurement.

2° Gros placentas. Rapport compris entre 1/5 et 1/4,5

N ^o d'ordre	Age	Parité	Age de la grossesse	Poids de l'enfant	Poids du placenta	Rapport	Wassermann	Observations
1	25	III ^e pare.	9 mois	3.450	740	1/4,6	négatif	Enfant ayant suivi la consultation des nourris- sons. Bien portant.
2	20	I —	9 —	2.950	600	1/4,9	négatif	
3	24	III —	9 —	3.780	800	1/4,7	négatif	
4	30	IV —	9 —	3.330	670	1/4,9	négatif	Enfant présentant du pempiguis.
5	26	I —	8 m. 1/2	2.980	620	1/4,8	négatif	
6	26	III —	9 mois	3.300	650	1/5	négatif	
7	24	IV —	8 m. 1/2	2.650	520	1/5	positif	
8	23	I —	8 mois	3.450	750	1/4,6	négatif	Enfant présentant un doigt supplémentaire à cha- que main.
9	30	II —	8 —	2.700	530	1/5	négatif	
10	24	I —	8 —	2.400	490	1/4,9	négatif	
11	28	V —	8 m. 1/2	2.900	630	1/4,6	négatif	Enfant ayant suivi la consultation des nourris- sons. Bien portant.
12	20	I —	8 mois	2.700	550	1/4,9	positif	

2° Gros placentas. Rapport compris entre 1/5 et 1/4,5 (suite)

N° d'ordre	Age	Parité	Age de la grossesse	Poids de l'enfant	Poids du placenta	Rapport	Wassermann	Observations
13	31	VII ^e pare.	8 m. 1/2	3.750	750	1/5	positif	Enfant mort à 8 mois de ?
14	29	II	9 mois	3.020	650	1/4,6	negatif	
15	26	III	9	3.500	750	1/4,6	negatif	
16	19	I	9	3.800	760	1/5	negatif	
17	19	I	9	2.820	600	1/4,7	negatif	
18	24	I	9	3.450	710	1/4,8	negatif	
19	34	III	9	2.900	580	1/5	negatif	
20	25	III	9	3.830	780	1/4,9	negatif	
21	27	III	9	3.680	760	1/4,8	positif	
22	22	I	9	3.000	600	1/5	negatif	
23	25	I	9	3.500	690	1/5	negatif	Enfant mort pendant le travail. Syphilitique.
24	29	IV	9	3.030	640	1/4,7	negatif	
25	24	III	9	3.050	630	1/4,8	negatif	
26	29	III	9	2.920	610	1/4,7	positif	
27	18	III	9	2.100	430	1/4,8	positif	
28	35	I	9	4.130	840	1/4,9	negatif	
29	21	V	8	2.220	490	1/4,9	negatif	

Poids moyen des enfants. . . .	3.147 grammes
Poids moyen des placentas. . . .	655 —
Rapport placentaire	1/4,8 —

Malgré l'augmentation notable du rapport placentaire, nous ne trouvons, cette fois-ci, le Wassermann positif que 6 fois seulement ce qui nous donne un pourcentage de 20,68, encore inférieur à celui du tableau antérieur. Et pourtant les placentas sont plus gros.

3^e Très gros placentas. Rapport égal ou supérieur à 1/4,5

N ^{os} d'ordre	Age	Parité	Age de la grossesse	Poids de l'enfant	Poids du placenta	Rapport	Wasser- mann	Observations
1	29	I ^{re} pare.	9 mois	3.300	730	1/4,5	négatif	Enfant mort au bout de deux jours. Pas de syphilis.
2	20	I —	8 —	2.400	620	1/3,8	négatif	
3	32	VI —	9 —	3.400	880	1/3,8	négatif	Paralysie du membre supérieur droit au 6 ^e jour.
4	16	I —	8 m. 1/2	2.750	620	1/4,4	positif	
5	20	I —	9 —	4.630	1.010	1/4,5	négatif	Enfant mort au bout de sept heu- res. Pas de syphilis. Pemphigus au 5 ^e jour. Mort de l'enfant au 6 ^e jour. Enfant mort au bout de trente heures. Non syphilitique.
6	21	I —	8 —	2.110	530	1/3,9	négatif	
7	24	III —	8 —	2.800	680	1/4,1	positif	
8	27	I —	8 —	2.550	720	1/3,5	négatif	
9	19	I —	8 —	2.600	570	1/4,5	négatif	
10	22	I —	8 —	1.730	440	1/3,9	négatif	
11	20	I —	8 —	2.430	640	1/3,7	positif	Enfant ayant suivi la consulta- tion des nourrissons. En bon état.
12	31	IV —	8 —	2.400	530	1/4,5	négatif	
13	42	VII —	9 —	4.550	1.000	1/4,5	négatif	
14	24	I —	9 —	3.700	820	1/4,5	négatif	
15	25	I —	9 —	3.100	680	1/4,5	négatif	
16	25	III —	9 —	3.180	730	1/4,3	négatif	

3° Très gros placentas. Rapport égal ou supérieur à 1/4,5 (suite)

N ^{os} d'ordre	Age	Parité	Age de la grossesse	Poids de l'enfant	Poids du placenta	Rapport	Wasser- man n	Observations
17	26	II ^e pare.	9 mois	3.200	700	1/4,5	négatif	Enfant mort-né. Latérocidence du cordon.
18	26	III	9	3.180	700	1/4,5	négatif	
19	25	I	9	4.520	1.020	1/4,4	positif	
20	27	II	9	4.200	1.040	1/4	positif	
21	19	I	9	3.200	720	1/4,4	négatif	Enfant mort le 2 ^e jour. Non sy- philitique.
22	32	II	9	3.300	730	1/4,5	négatif	
23	35	VI	9	4.450	1.110	1/4	négatif	Embryotomie. Enfant non syphil.
24	34	VI	9	3.080	710	1/4,3	négatif	
25	20	I	9	3.870	860	1/4,5	négatif	
26	17	I	9	3.050	670	1/4,5	négatif	
27	19	I	9	2.950	720	1/4,1	négatif	
28	20	II	9	2.910	650	1/4,4	négatif	
29	21	I	9	2.920	680	1/4,3	négatif	
30	24	VII	9	3.500	820	1/4,2	positif	
31	28	I	9	3.180	700	1/4,5	négatif	Enfant ayant suivi la consulta- tion des nourrissons. Bien portant.
32	36	I	9	3.900	920	1/4,2	positif	
33	21	III	9	3.400	780	1/4,3	négatif	
34	19	I	9	3.370	770	1/4,3	positif	
35	23	II	9	3.750	850	1/4,4	négatif	

Poids moyen des enfants. . . .	3.245 grammes
Poids moyen des placentas . . .	752 —
Rapport placentaire	1/4,3 —

Le Wassermann a été positif 8 fois seulement ce qui nous donne un faible pourcentage de 22,85 %.

Si maintenant nous recherchons les moyennes qui correspondent au résultat global, nous arrivons aux chiffres suivants :

Poids moyen des enfants. . . .	3.221 grammes
Poids moyen des placentas. . .	559 —
Rapport placentaire	1/4,6 —
Wassermann positif	22,5 % —

Il est difficile d'être en contradiction plus formelle avec la théorie classique. On pourrait, il est vrai, nous objecter que nous avons fait entrer dans nos statistiques des accouchements aux termes de 8 mois ou de 8 mois 1/2. C'est d'ailleurs le reproche que nous adressions à Blanchet. Or, si nous faisons abstraction des accouchements prématurés et ne faisons entrer en ligne de compte que les accouchements à terme au nombre de 58, nos chiffres ne sont pas démentis, bien au contraire. En effet nous trouvons :

1° ASSEZ GROS PLACENTAS. RAPPORT DE 1/5 à 1/6

Poids moyen des enfants. . . .	3.441 grammes
Poids moyen des placentas. . .	641 —
Rapport placentaire	1/5,3 —
Wassermann positif	33,33 % —

2° GROS PLACENTAS. RAPPORT DE $1/4,5$ à $1/5$

Poids moyen des enfants.	3.277	grammes
Poids moyen des placentas.	679	—
Rapport placentaire	$1/4,8$	—
Wassermann positif.	15	% —

3° TRÈS GROS PLACENTAS. RAPPORT ÉGAL
OU SUPÉRIEUR A $1/4,5$

Poids moyen des enfants.	3.531	grammes
Poids moyen des placentas	727	—
Rapport placentaire	$1/4,3$	—
Wassermann positif.	19,23	% —

Enfin, prenant le résultat total.

Poids moyen des enfants.	3.425	grammes
Poids moyen des placentas	727	—
Rapport placentaire	$1/4,7$	—
Wassermann positif.	20,68	% —

Les rapports placentaires concordent donc, soit que l'on considère chaque tableau en particulier, soit que l'on ne s'intéresse qu'au résultat global ; et cela de quelque façon qu'on interprète nos statistiques, abstraction faite ou non des enfants avant terme. Fait intéressant à noter, le pourcentage des Wassermann positifs est à son maximum dans le premier tableau qui renferme les placentas les moins lourds. Alors qu'il est de

25 % si on prend la totalité des cas, il s'élève jusqu'à 33,33 % si l'on fait abstraction des prématurés.

Il est évident que nous arrivons ainsi à des résultats en contradiction absolue avec la formule classique.

Si le pourcentage des Wassermann positifs s'était élevé au fur et à mesure qu'augmentaient les poids des placentas examinés, nous avouons bien volontiers que la constatation de ce fait aurait considérablement influencé notre esprit.

Il en aurait été de même si l'épreuve de Wassermann était venue confirmer les doutes qu'éveillaient en nous l'examen et la pesée des quelques placentas énormes, de ces placentas monstrueux que nous avons rencontrés en assez grand nombre.

Mais il n'en a rien été, et dans ces conditions, il nous paraît vraiment difficile de nous ranger sans réserves au nombre de ceux qui ont défendu et défendent encore la loi des gros placentas.

CHAPITRE CINQUIÈME

Discussion des observations

Arrivés au terme de notre travail, il nous faut maintenant en tirer des conclusions fermes. Nous croyons que le nombre relativement élevé des observations que nous avons apporté, nous autorise à le faire. En effet, à l'encontre de tous les auteurs qui se sont déjà occupés de la question, nous ne nous sommes pas contentés de choisir les observations qui plaidaient péremptoirement dans tel ou tel sens. Si nous avons agi de la sorte, il nous eut été infiniment facile de prendre très nettement parti pour ou contre la loi des gros placentas. Mais il nous a semblé que cette manière de procéder enlevait à la question tout l'intérêt qui peut jaillir d'une discussion sincère. Aussi nous sommes-nous astreints rigoureusement à consigner toutes les observations souvent contradictoires qui se présentaient à nous. Ce faisant nous croyons avoir prouvé et notre sincérité et notre impartialité. Dans un même ordre d'idées, nous avons, pour chaque cas particulier, indiqué les interprétations différentes que l'on pouvait attribuer à nos statistiques,

de façon à en exprimer toutes les indications qu'elles pouvaient nous donner.

Nous avons donné une assez grande extension à nos recherches sur les poids du placenta dans les cas de syphilis certaine car les chiffres que nous avons obtenus avaient leur importance pour qu'on puisse leur comparer les résultats auxquels nous arrivons par l'examen des femmes saines chez lesquelles le placenta était augmenté de volume.

En effet, la question pour nous, est de savoir si tout enfant naissant avec un gros placenta doit être considéré comme syphilitique et traité comme tel au point de vue de la manière de l'élever. Nous ne le croyons pas, et cela pour deux raisons qui ressortent nettement des observations que nous avons recueillies :

1° Lorsque la syphilis est certaine, le placenta, loin d'être toujours d'un poids exagéré, ne présente ce caractère que dans des cas beaucoup moins nombreux que ne le dit la théorie classique ; du moins lorsque l'enfant est à terme.

2° Si l'on recherche de parti pris la syphilis chez les femmes dont le placenta est volumineux, on ne la rencontre que rarement.

La première partie de nos conclusions nous paraît irréfutable. Elle ressort clairement, non seulement de nos propres observations mais encore de celles qu'apportait Blanchet, malgré son interprétation absolument contraire à la nôtre.

Si nous prenons en effet indistinctement tous les enfants à terme, soit dans la statistique de Blanchet, soit dans la nôtre, combien de fois trouvons-nous ces placentas énormes dont le rapport varie entre $1/4$ et $1/4,5$? Exactement 14 fois pour 139 accouchements, soit dans 10,07 % des cas. Si au contraire nous envisageons indistinctement tous les cas, nous trouvons pour Blanchet un rapport placentaire de $1/7$, très nettement inférieur à la normale, pour nous, un rapport placentaire de $1/5,8$, correspondant à une augmentation de poids du placenta de 13 grammes au-dessus de la normale.

Dans ces conditions, il nous paraît impossible de considérer comme signe absolument certain d'infection syphilitique, l'augmentation du poids placentaire.

Les exceptions sont par trop nombreuses à cette règle inflexible pour qu'on puisse tablez uniquement sur elle, sans tout au moins lui apporter une large part d'atténuation.

Il nous faut maintenant discuter la deuxième proposition de nos conclusions.

La recherche de la syphilis a été faite dans chaque cas par la mise en parallèle de l'examen clinique de la mère et de la séroréaction de Wassermann. Toutes les réactions de Wassermann ont été faites avec le même antigène : extrait alcoolique de foie de fœtus hérédosyphilitiques, et d'après la technique même indiquée par Wassermann.

Nous n'avons pas indiqué les résultats des Wassermann pratiqués chez les enfants, et cela pour deux rai-

sons : la première, parce que le Wassermann n'a été fait que dans quelques cas seulement ; la deuxième, infiniment plus importante, est que les auteurs s'accordent généralement à n'attribuer aucune valeur au Wassermann chez le nouveau-né. Il ressort en effet des travaux de Bar et Daunay, que les résultats de la réaction ne sont pas toujours concordants chez la mère et chez l'enfant et que l'on ne doit pas conclure d'une réaction négative chez l'enfant à la naissance, même s'il ne présente pas d'accidents, qu'il est sain.

De même le Wassermann peut être franchement positif chez le nouveau-né, en dehors de toute infection syphilitique, dans les cas d'ictère notamment.

La réaction a-t-elle plus de valeur quand elle est pratiquée sur la mère ?

Empressons-nous de dire que la séroréaction n'aura une valeur tout à fait absolue que lorsque le spirochète et sa culture fourniront seuls l'antigène, lorsque tout élément non humain sera écarté de la réaction.

Ces réserves une fois faites, nous croyons cependant qu'on peut attribuer une grosse valeur aux indications fournies par le Wassermann.

Il est évident que le nombre de Wassermann positifs présente son pourcentage maximum à la période secondaire de la syphilis.

Brück.	87 %
Levaditi.	92 %
Blumenthal.	96 %
Blaschko.	98 %
Schmenfeld	100 %

et ces chiffres ont d'autant plus d'importance que les statistiques se rapportant aux faits de cet ordre, portent sur un très grand nombre de cas.

Dans les faits qui nous occupent, la valeur qu'on peut attribuer au Wassermann n'atteint certainement pas un taux aussi élevé. Mais les causes d'erreurs sont pourtant moins fréquentes qu'il ne paraît au premier abord.

L'ancienneté de la syphilis a une grande influence sur le sens de la réaction de Wassermann, à tel point que d'après Kirschbaum, le Wassermann ne serait, dans ce cas, positif que 68 fois sur 100.

Mais, dans les observations que nous présentons, il ne peut évidemment s'agir de syphilis latentes de par leur ancienneté, car la moyenne de l'âge des femmes est de 23 ans.

Un traitement énergique et suivi très régulièrement rend souvent le Wassermann négatif. Chez la femme enceinte, ayant des accidents syphilitiques en activité, notamment, le traitement abaisse de plus de la moitié le nombre des cas positifs.

Il ne saurait en être ainsi, à propos des femmes comptant dans notre statistique. En effet, nous n'avons fait entrer ces femmes en ligne de compte que lorsqu'elles nous paraissaient absolument saines et qu'elles n'avaient jamais subi de traitement antisyphilitique sous quelque forme que ce soit. Et dans nos interrogatoires nous avons principalement appuyé sur ce point.

De plus, et nous regrettons que l'indifférence des mères ne nous ait pas permis d'étendre nos recherches à

ce sujet, nous avons pu (6 fois seulement, il est vrai) corroborer les données du Wassermann avec l'examen très prolongé de l'enfant.

Les 6 enfants dont les rapports placentaires étaient respectivement de $1/4, 4$, $1/4, 5$, $1/4, 7$, $1/4, 6$, $1/5, 2$, $1/5, 2$, n'ont jamais présenté le moindre accident syphilitique. Simple coïncidence peut être, mais en tout cas coïncidence heureuse. Il est certain que nos chiffres auraient été beaucoup plus concluants s'ils portaient sur un nombre élevé d'enfants, mais nous répétons que nous n'avons voulu faire entrer en ligne de compte que les enfants suivis jusqu'à une époque où l'apparition d'accidents syphilitiques n'était pas vraisemblable.

On pourrait enfin nous objecter que la syphilis étant peut être d'origine paternelle, il n'est pas étonnant que nous ne l'ayons pas rencontrée chez la mère. Mais, d'après les recherches de Bauer, il est patent que le Wassermann a révélé la syphilis chez les femmes soit disant immunisées ainsi que le disait la loi de Colles.

Nous croyons, pour toutes ces raisons, que l'on peut attribuer une large confiance à la réaction de Wassermann.

Evidemment Petit avait usé pour ses vérifications de la méthode qui comporte sans contredit les plus grandes garanties. Mais ce procédé d'investigation présente le grave inconvénient d'exiger une surveillance de plusieurs mois.

Nous savons à quel point, cette surveillance est difficile à exercer dans la pratique hospitalière.

Dans la pratique de ville, elle est impossible à réaliser car c'est presque extemporanément qu'on décide de confier l'enfant à une nourrice. Or, un seul moyen est à notre disposition pour être fixé rapidement, et c'est la réaction de Wassermann.

Nous avons vu que, d'après nos observations, la syphilis est assez rarement en cause chez les 80 femmes à gros placentas, puisque nous ne l'avons rencontré que dans 22,5 % des cas. Et encore n'était-ce pas le plus souvent avec les placentas les plus lourds. Dans ces conditions nous estimons qu'on ne doit accorder à ce signe qu'une relative importance.

Si l'enfant est fort, vigoureux, robuste, nous n'hésitons pas à passer outre et à le confier à une nourrice, en dépit du poids de son placenta.

Si par contre l'enfant est chétif, débile, mal venu, nous jugeons utile de recourir à la réaction de Wassermann pour affirmer notre diagnostic car nous ne nous reconnaissons pas le droit de faire courir à cet enfant les aléas de l'allaitement artificiel, uniquement parce que son placenta est plus lourd qu'il ne devrait être.

CONCLUSIONS

1° Dans la syphilis, le placenta est beaucoup moins souvent augmenté de poids que ne le dit la théorie classique. Ce signe n'a pas plus de valeur pathognomonique que les autres altérations macroscopiques du placenta, du moins lorsque l'enfant est à terme.

2° Chez les prématurés syphilitiques, le rapport placentaire est généralement élevé, et cela d'autant plus que le fœtus est plus loin du terme. Mais cette augmentation du poids du placenta paraît-être moins imputable à la syphilis qu'au faible développement de l'enfant.

3° Tout enfant robuste et sain en apparence, naissant d'une mère paraissant saine, ne doit pas être nécessairement considéré comme syphilitique, du fait seul que son placenta est lourd, et nous croyons que l'on peut sans crainte le confier à une nourrice.

4° Lorsque l'enfant est faible, débile, avec néanmoins un placenta très lourd, on ne peut le condamner à cou-

rir les risques de l'allaitement artificiel sur la simple constatation du poids de son placenta. Les renseignements fournis par la séroréaction de Wassermann suffiront, à notre avis, pour trancher la question.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse
PAUL BAR

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

BAYET. — Le sérodiagnostic de la syphilis. (Bruxelles, chez Severyns).

BAR. — *L'obstétrique*, 1909.

BLANCHET. — Thèse de Paris, 1902.

BLASCHKO. — Rapport sur le sérodiagnostic de la syphilis. Congrès de Budapest, 1901.

BUDIN. — Leçons de clinique obstétricale.

BUSTAMENTE. — Étude sur le placenta. Thèse de Paris, 1868.

CHAMBRELENT. — *Gazette des hôpitaux*, 1883.

CORNIL. — Leçons sur la syphilis, 1879.

CORREA-DIAZ. — Thèse de Paris, 1890.

DAUNAY. — *L'obstétrique*, 1909.

DELORE. — Article placenta in *Dictionnaire encyclopédique*.

DUCHAMP. — Thèse d'agrégation, 1880.

FOURNIER. — 1^o Nourrices et nourrissons syphilitiques. Paris, 1878.

— 2^o *Presse médicale*, 25 novembre 1896.

GARIPUY. — *Archives médicales de Toulouse*, 1907.

GASCARD. — Thèse de Paris, 1885.

GASTOU. — Diagnostic de la syphilis, 1910.

GIRAULD. — 1^o Thèse de Paris, 1909.

— 2^o Diagnostic de la syphilis, 1910.

LE GRAND. — Thèse de Paris, 1889.

LE LORIER. — *Annales de gynécologie*, 1911.

LEVADITI. — *Annales de gynécologie*, 1906.

- MILLET. — Thèse de Paris, 1861.
- OUI. — *Annales de gynécologie*, 1906.
- PETIT. — Thèse de Lyon, 1904.
- PINARD. — 1° Article fœtus in *Dictionnaire encyclopédique*.
— 2° *Progrès médical*, 1873.
- PLAUCHU. — Société obstétricale de Lyon, 1909.
- QUEIREL. — *Annales de gynécologie*, 1904.
- RENAUX. — Le sérodiagnostic de la syphilis. (Bruxelles, chez Severyns).
- ROLLET. — *Revue d'anthropologie*, 1903.
- RUDAUX. — *Annales de gynécologie*, 1911.
- SCHWAB. — Thèse de Paris, 1896.
- SFAMENI. — 1° *Jahresbericht*, 1901.
— 2° *Presse médicale*, 18 janvier 1913.
- THIBIERGE. — *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, décembre 1911.
- THIEL. — Thèse de Wurzburg, 1889.
- VALLAIS. — Thèse de Nancy, 1883.
- WALLICH. — *Annales de gynécologie*, 1906.
- WEISSENBACH. — *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, décembre 1911.
- ZENTLER. — Thèse de Paris, 1891.

